UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 172

A PROPOS

D'UN CAS D'INVAGINATION INTESTINALE

AVEC

DIVERTICULE DE MECKEL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juin 1920

PAR

Charles LESSARD

Né à Nantes le 11 septembre1889

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { ESTOR, professeur, *Président.* / FORGUE, professeur. / RICHE, agrégé. / ETIENNE, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

A PROPOS
D'UN CAS D'INVAGINATION INTESTINALE
AVEC DIVERTICULE DE MECKEL

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547009_0078

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 172

A PROPOS

D'UN CAS D'INVAGINATION INTESTINALE

AVEC

DIVERTICULE DE MECKEL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juin 1920

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Charles LESSARD

Né à Nantes le 11 septembre 1889

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président*.
FORGUE, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲)	DOYEN.
	FORGUE (O ✲)	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM	TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique		TRUC (O ✲).
Physiologie		HEDON (✲).
Histologie		VIALLETON.
Clinique médicale		DUCAMP (✲)
Anatomie		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✲)
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale		VIRES (✲).
Anatomie pathologique		MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale		DERRIEN (✲)
Microbiologie		N. . .
Pathologie interne		N...
Clinique médicale		N...
Médecine légale et toxicologie		N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM.	DE ROUVILLE, prof. adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU (O ✲ ✲) a.l. (ch.de c
Médecine opératoire		SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l. (c
Pathologie externe		RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards		EUZIERE, agrégé. (ch. d.
Accouchements		P. DELMAS, agrégé (c. c.)
Matière médicale		CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie		LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie		WATON ✲ (✲) doct (c. c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH ✲ (ch. d'agr l.
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	VALLOIS H. (c.d'a.)
RICHE	RIMBAUD ✲.	

Examinateurs de la thèse.

MM. ESTOR, prof., *President.*	MM. RICHE, agrégé.
FORGUE, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Dont je réalise, en ce jour, un des vœux les plus chers.

A MA MÈRE

Si héroïquement maternelle
Cet humble témoignage de ma profonde affection et de mon dévouement filial.

C. LESSARD.

A MA FEMME ET A MA FILLE

Gage de mon ardent amour et de mon inaltérable affection.

A CHARLES BILLIAU

Mon vieil ami d'enfance et de tous les jours, bons et mauvais.
Ce faible hommage d'un cœur tout dévoué.

A MES FRÈRES, SŒURS ET BELLES-SŒURS

A TOUS MES PARENTS ET A TOUS MES AMIS

C. LESSARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MON JURY DE THÈSE

C. LESSARD.

A TOUS MES PROFESSEURS ET MAITRES

Auxquels je dois ce que je sais
Respectueuse gratitude.

C. LESSARD.

A PROPOS

D'UN CAS D'INVAGINATION INTESTINALE

AVEC DIVERTICULE DE MECKEL

INTRODUCTION

La pathologie du diverticule de Meckel est, à l'heure actuelle parfaitement connue. Depuis de nombreux travaux, et plus spécialement depuis le merveilleux livre de MM. Forgue et Riche, on sait que cet organe peut, par les mécanismes les plus divers, produire des accidents nombreux et rares.

Néanmoins, malgré l'importance et l'autorité de ces travaux, l'observation inédite que nous avons la grande faveur de publier, nous a paru si spéciale à divers points de vue d'anatomie pathologique et de symptomatologie, que nous avons cru bon d'entreprendre à cette occasion une nouvelle étude d'ensemble de la question.

OBSERVATION

Service de M. le professeur Estor

Communiquée à la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen par MM. Cathala et Antonin

B. H..., 13 ans et demi, entre dans le service du professeur Estor *le* 4 *décembre* 1919 à 16 heures, se plaignant d'une constipation opiniâtre remontant *à douze jours*, et de vives douleurs abdominales.

Les antécédents héréditaires ne révèlent rien de spécial. Dans les antécédents personnels, on note simplement une fièvre typhoïde en 1917.

Le début remonterait à douze jours, c'est-à-dire au 24 novembre, jour où se produisit la dernière selle. Depuis, quelques douleurs abdominales furent perçues.

Mais, il y a sept jours, c'est-à-dire le 28 novembre, le malade se plaint d'une douleur abdominale très brusque et très vive. Il ne peut d'ailleurs donner aucune localisation précise de cette douleur. Ces phénomènes s'accompagnent de vomissements.

Depuis, les vomissements n'ont plus reparu, mais le ventre s'est ballonné; le malade a sans doute émis des gaz, mais *aucune matière*. Il n'y a *jamais eu d'hémorragies*. Le malade n'a pas cessé d'uriner.

Un médecin consulté a ordonné sans résultats, glace, purgatifs, et lavements.

A l'heure actuelle le malade arrive dans le service venant de faire un voyage de 130 kilomètres en automobile.

On se trouve en présence d'un jeune garçon très amaigri; les traits sont tirés, les yeux excavés, la langue et les gencives sèches. Le ventre est fortement ballonné, l'ombilic est déplissé. A jour frisant, *on ne note pas de mouvements péristaltiques.*

A la palpation, on ne décèle aucun gateau d'empâtement précis, cependant la douleur à la pression *est accentuée dans la région de Mac Burney.*

La percussion révèle de la sonorité partout, même dans le flanc gauche.

Le toucher rectal ne donne rien.

Le pouls est à 120, mou et irrégulier, pas de température.

A l'auscultation des poumons, on perçoit une inspiration rude et une expiration prolongée au sommet droit.

Quelques instants après cet examen, se produit un vomissement très important, sans nausées préalables. Les matières vomies sont liquides, de couleur jaune, *nullement fécaloïdes* et dégageant une forte odeur d'acétone.

Le premier diagnostic discuté, en raison surtout de l'âge du malade, est celui d'occlusion intestinale par invagination. Ce diagnostic est écarté pour les raisons suivantes: le début de la maladie remonte à douze jours; absence d'hémorragies; absence de péristaltisme intestinal; émission de gaz; vomissements non fécaloïdes malgré une occlusion qui remonterait au moins à sept jours.

Aussi, guidé par les signes révélés par l'auscultation, songe-t-on à une péritonite bacillaire ayant entraîné une inertie intestinale complète.

Etant donné le caractère d'urgence révélé par l'état du malade, une intervention est décidée.

Anesthésie générale à l'éther, très doucement conduite.

Incision à un centimètre en dehors du Mac Burney, parallèlement à l'arcade crurale. Après l'incision du péritoine, apparaît un liquide hémorragique ; on tombe sur des anses intestinales congestionnées et distendues, dont on est très difficilement maître.

On ne parvient pas à mettre à nu la région cœcale. L'état du malade devenant rapidement inquiétant, on court au plus pressé et on pratique un anus iliaque, tandis que l'anesthésie est supprimée. Des gaz très fétides s'échappent par la plaie intestinale qui ne donne issue qu'à une très petite quantité de matières.

Le malade est très shocké. L'opération terminée, on rapporte le malade sur son lit, où malgré la mise en œuvre de tous les moyens susceptibles de le ranimer, il succombe au bout de quelques minutes.

Autopsie. — A l'ouverture de la paroi abdominale, on trouve des anses grêles distendues et congestionnées. Des points de stase veineuse marron foncé sont visibles.

On se porte discrètement sur le cœcum et l'appendice qui sont trouvés normaux ; mais en remontant le long de l'intestin grêle, non loin de l'anus artificiel qui a été pratiqué, on aperçoit une anse grêle de couleur noir verdâtre, de consistance dure, qu'on enlève entre deux pinces.

En examinant la pièce, on découvre une invagination s'étendant sur une longueur de 8 centimètres. La limite de l'invagination est nettement percepible à la palpation.

La dissection de la pièce montre en dehors des différents cylindres intestinaux la présence d'un diverticule de Meckel. Mais ce diverticule de Meckel n'est pas invaginé. Par contre, il est relié à l'intestin par un méso, et la lumière du diverticule ne communique avec l'intestn que par un interstice très étroit.

Au bout le plus antérieur de l'invagination se trouve une valvule intestinale très hypertrophiée. En tirant cette valvule on constate la présence d'une bride séparant deux lumières : une conduisant dans le diverticule et l'autre dans l'intestin.

L'étude des coupes microscopiques ont vérifié cette hypothèse, et marqué l'exactitude de la présence du diverticule et de la valvule intestinale.

ETIOLOGIE ET MECANISME DE L'INVAGINATION

Gray, de Londres, a beaucoup insisté sur la fréquence de cet accident dans le sexe masculin. Si nous interrogeons les statistiques, nous voyons que sur 30 cas où le sexe est noté, on trouve 23 garçons et 7 femmes seulement.

L'âge a également une certaine importance. En effet, tandis que l'invagination, pour une cause quelconque apparaît surtout avant l'âge de 2 ans, dans les cas s'accompagnant de diverticule de Meckel, la date de l'apparition de l'accident est plus tardive. D'une manière générale on peut dire que c'est surtout une affection de l'enfance et l'adolescence.

Parmi les causes prédisposantes on a signalé la persistance du conduit vitellin chez plusieurs membres de la même famille. Parmi les causes déterminantes il faut citer toutes celles qui augmentent brusquement le contenu intestinal, ou qui exagèrent le péristaltisme de l'intestin.

Enfin il faut citer l'inflammation de la muqueuse intestinale et la diverticulite antérieure.

Delore et Leriche ont écrit: « Pour qu'une invagination intestinale puisse s'amorcer et progresser, il est de toute évidence que l'une des parties en présence doit jouir d'une certaine mobilité. »

C'est ce qui a permis à MM. Forgue et Riche de dire:

« Quelle que soit la variété de l'invagination par diverticule, il faut de toute nécessité que le diverticule soit entièrement libre dans la cavité abdominale pour pouvoir entraîner à sa suite l'ilion. »

Quant au mode de production lui-même de l'invagination, les opinions divergent :

Certains, comme Dobson, pensent que l'invagination se produit si un corps irritant pénètre dans le diverticule.

D'autres, comme de Quervain, croient que la progession rapide du contenu intestinal peut à un moment donné déterminer dans le diverticule une sorte d'aspiration.

Delore et Leriche supposent que les contractions, naissant au niveau de la pointe du diverticule, le ramenent en quelque sorte vers sa base et arrivent à le retourner comme par traction verticale ; elles se transmettent alors à la musculature intestinale où l'onde contractile poursuit sa route de proche en proche jusqu'au point voisin où forcément elle s'arrête devant une zone parésiée. »

Enfin Blanc a supposé que le diverticule peut être entraîné dans l'intestin sans que ses parois soient retournées. Un cas de ce genre a été publié par Stubenrauche. Or, c'est justement ce qui s'est produit dans l'observation publiée par MM. Cathala et Antonin. Tout en supposant que la valvule hypertrophiée ait joué un rôle, il convient d'admettre que le phénomène s'est accompagné d'inertie musculaire sous-diverticulaire et de spasmes sus-diverticulaire.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début est généralement brusque et dès les premières heures, le tableau clinique est au complet.

I. Symptomes fonctionnels

a) *Douleur.* — Quelquefois la douleur s'installe progressivement, mais le plus souvent elle atteint d'emblée son maximum. Sa localisation est très variable. Quelquefois elle est surtout marquée au voisinage de l'ombilic; d'autrefois, et c'était le cas dans l'observation que nous publions, elle est au maximum au niveau du Mac Burney; enfin il peut y avoir des irradiations vers le périnée et le rectum.

b) *Constipation.* — Elle est en général absolue, cependant cette règle peut subir quelques exceptions. Ce fut ce qui se produisit dans le cas que nous avons rapporté. Quelques instants encore avant l'intervention, le malade avait émis des gaz.

c) *Emission de melæna.* — Ce signe a fait l'objet d'une thèse. Il aurait une grande importance. Dans le cas qui nous occupe, le malade n'a jamais eu de selles sanglantes,

et l'absence de ce signe contribue pour une large part à égarer le diagnostic.

d) *Vomissements.* — Ils surviennent peu après les premières douleurs. D'abord alimentaires, ils deviennent bilieux, puis fécaloïdes. Quelquefois même chez les enfants, les vomissements débutent avant tout symptôme douloureux. Dans notre observation, bien que les accidents remontassent à sept jours, le vomissement qui se produisit n'était nullement fécaloïde. Tout conspirait pour troubler le tableau clinique.

II. Signes physiques

a) *A l'inspection.* — On voit que le ventre est ballonné. Ce ballonnement peut être localisé à une région de l'abdomen, épigastre, région ombilicale. Mais rapidement, il devient total et le ventre prend une forme globuleuse sans étalement des flancs.

b) *La palpation,* révèle une résistance spéciale de la paroi. Quelquefois elle signale des points douloureux de siège variable, et qui, localisés au Mac Burney, peuvent égarer le diagnostic. Certains auteurs ont cité des cas où la présence d'une tumeur fut décelée par ce procédé d'exploration. Exemple: les faits rapportés par Hohlbeck, Morison et Ferry.

c) *La percussion* renseigne sur la présence d'un épanchement intra-abdominal. La matité de cet épanchement contraste avec le son, généralement tympanique de la région pério-ombilicale.

d) *Le toucher rectal* peut permettre d'atteindre une masse globuleuse et résistante, mais cette éventualité est rare.

e) *La température* ne s'élève pas dans les premiers jours, puis pour traduire la réaction péritonéale on observe des températures de 39 et 40. Enfin, à la période terminale on peut avoir de l'hypothermie.

f) *Le pouls s'accélère.* Il attend et dépasse rapidement 120. Il devient petit, mou, dépressible et irrégulier.

g) *L'examen des urines* révèle de l'oligurie qui peut se transformer en anurie à la période ultime.

Au point de vue du pronostic, on peut dire que toute occlusion intestinale livrée à elle-même, est vouée à la mort.

Les statistiques opératoires donnent:

Dans l'invagination iléale:

7 cas de guérison;

8 cas de mort.

Dans l'invagination iléo-cœco-colique:

9 cas de guérison;

4 cas de mort.

DIAGNOSTIC

On se trouve en présence d'un enfant présentant des douleurs intenses à paroxysmes inapaisés; « Bientôt surviennent des vomissements opiniâtres tendant à devenir fécaloïdes et un arrêt complet des matières et des gaz. Voilà les trois signes essentiels qui, par leur intensité, leur permanence ou leur aggravation progressive, leur coexistence avec un état général grave (facies anxieux et tirés, yeux entourés d'un cercle bistré, respiration thoracique fréquente, pouls tendant à l'accélération, à la petitesse, oligurie réflexe) s'imposent de façon pressante à l'observation très suivie et à la décision sans délai du praticien.

Appendicite, péritonite par perforation, étranglement interne, telles sont les trois hypothèses qui se présentent à son jugement. » (Forgue et Riche).

Le diagnostic avec l'appendicite est souvent très difficile; quand il s'agit de la première crise, tout symptôme antécédent peut faire défaut et nous savons que les attaques d'occlusion diverticulaire sont parfois précédées de coliques; même le Mac Burney peut exister.

Morton retient, en faveur de l'étranglement interne, la rigidité monidre de la paroi et la présence d'anses distendues. M. Forgue attache une certaine importance à la pré-

sence, dans les parties déclives d'une nappe d'épanchement résultant de la transsudation par gêne circulatoire, des parties intestinales étranglées. Ce signe est souvent masqué par le tympanisme des anses distendues.

Bidwell a beaucoup insisté sur la constatation de coliques se produisant en pleine santé et survenant sans cause alimentaire.

Quant au diagnostic de l'étranglement du diverticule, il est impossible. Seul le diagnostic d'invagination intestinale est faisable.

TRAITEMENT

Le traitement est strictement chirurgical. Avant d'aborder l'étude des principales techniques opératoires, disons un mot des différents moyens médicaux qui pourraient être mis en œuvre.

Les purgatifs, lavements, insufflations et injections forcées sont, non seulement inutiles, mais nuisibles.

Les seules indications médicales consistent à modérer, au début, le péristaltisme intestinal, à combattre le spasme et le météorisme, par l'immobilité absolue au lit, un large sac de glace, et la diète hydrique.

I. *Laparotomie avec désinvagination.* — C'est l'opération de choix, elle n'est pas toujours pratiquable.

Si le diagnostic était précis, s'il avait été possible de sentir dans la fosse iliaque droite le boudin caractéristique, on pourrait faire une incision latérale. Comme le diagnostic est presque toujours imprécis, mieux vaut faire une laparotomie médiane. La recherche de l'anse étranglée n'est pas chose facile. Si on pratique l'exploration intra-abdominale, on est littéralement aveuglé par les anses météorisées. Mieux vaut, dans ce cas, pratiquer l'éviscération en empaquetant la masse intestinale dans des compresses imbibées de sérum tiède. Une fois l'invagination trouvée, on peut essayer la désinvagination. Lejars a

dit: « Désinvaginer c'est réduire ». Il faut donc pratiquer cette manœuvre avec douceur, en exerçant avec les doigts sur le boudin, une pression douce, progressive, circonférentielle. Si on constate à la surface péritonéale de l'intestin la présence d'une fossette ombiliquée dans laquelle disparaît un petit méso, on peut penser à l'invagination d'un diverticule. La certitude acquise, on peut essayer la désinvagination de ce diverticule; ou bien par une incision losangique autour de la dépression, extraire ce diverticule et suturer la plaie intestinale qui en résulte.

La suture de la paroi ne sera pas chose facile, aussi dès le début de l'intervention, on prend la précaution de passer à travers de chacune des lèvres de l'incision abdominale un gros fil de soie double, maintenu par une pince à forcipressure.

II. *Recherche du boudin invaginé à travers une ouverture faite à la gaine.* — Pour Delore, la technique est la suivante: la gaine est extériorisée dans la mesure du possible, on l'incise largement, et on tire le boudin au dehors. On l'étreint immédiatement à sa base dans deux pinces élastiques de Doyen, à deux centimètres desquelles on le sectionne; le mésentère est alors soigneusement ligaturé entre les deux cylindres du boudin. On réunit les deux cylindres du boudin. On forme à deux plans l'incision de la gaine.

III. *Résection en masse de tout le segment invaginé et boudin, suivie d'une réunion immédiate des deux bouts.* — Cette opération, d'une gravité incontestable, supprime la totalité de l'invagination et permet une restitution parfaite du calibre et de la continuité du contenu intestinal. Il faut pratiquer la réunion immédiate des deux bouts et ne

plus les fixer à la peau. Les procédés d'entérorraphie sont nombreux :

L'entérorraphie circulaire avec sutures ou bouton de Murphy.

L'entéro-anastomose latérale.

L'implantation termino-latérale.

M. Lejars est un grand partisan de l'entérorraphie avec sutures ; il reconnaît que le bouton de Murphy a rendu des services dans la chirurgie de l'intestin, mais pour lui « la méthode naturelle, simple, vraiment chirurgicale, de réunir deux bouts d'intestin, c'est de les suturer. »

C'est la conduite à tenir dans le cas d'invagination du diverticule, surtout quand le sphacèle est évident et large. En France, la préférence est accordée à l'entéro-anastomose latérale après fermeture des deux bouts ; c'est la plus facile et la plus réglée et elle est supérieure à l'entérorraphie circulaire, surtout lorsqu'il y a disproportion dans le calibre des deux branches d'intestin.

La résection tire ses indications des contre-indications de la réduction, de son échec, des lésions de la gaine après sa réussite ; sa gravité tient aux conditions où on la pratique, au mauvais état général, à la péritonite déjà généralisée.

IV. *Anus contre nature.* — Evidemment c'est une intervention insuffisante qui ne combat qu'un symptôme, l'obstruction intestinale, et qui ne satisfait pas l'esprit.

Et cependant c'est un procédé d'urgence qui a pu rendre de réels services. Dans les cas où l'état général est très grave, l'anus contre nature a permis de courir au plus pressé, et de permettre plus tard, lorsque les conditions sont devenue plus favorables, une intervention plus complète et plus décisive.

CONCLUSIONS

Le diverticule de Meckel est une des causes d'invagination intestinale.

C'est une affection de la seconde enfance et de l'adolescence.

En général le diverticule est invaginé, attirant l'anse intestinale à sa suite.

Le diagnostic d'invagination intestinale est difficile. Celui qui permet de préciser que l'invagination est le fait d'un diverticule est impossible. Seules les récidives permettraient d'y penser.

L'intervention de choix est la laparotomie médiane avec éviscération.

Le corps du délit découvert, on peut essayer la désinvagination qui est rarement couronnée de succès.

La désinvagination ayant échoué, on peut, soit pratiquer la résection du boudin après incision de la gaine, soit la résection en masse du boudin invaginé.

Dans les formes très graves on sera autorisé à pratiquer l'anus contre nature.

BIBLIOGRAPHIE

Bailly. — De l'invagination dans la tuberculose intestinale. Lyon, 1904-75.

Beaujard. — Invagination intestinale par diverticule de Meckel, Paris, 6-1914.

Blanel. — Mécanisme de l'invagination iléo-cœcale. *Beit. zùr Klin. Chir.*, t. LXVIII, mai 1910.

— *Journal de chirurgie*, p. 198, t. VIII, 1910.

Briou. — L'invagination colo-colique. Montpellier, 2-1913.

Brun. — Invagination intestinale chez l'adulte, 2 cas. *Soc. de chir.*, 1908, 16 décembre.

— *Journal de chir.*, t. II, p. 195.

Catzi. — L'invagination rétrograde de l'intestin. *Rev. de chir.*, 2-1913.

Comby. — Invagination intestinale chez les enfants. *Archives de médecine des enfants*, 1-1914.

— Deux cas d'invagination intestinale chez l'enfant. *Soc. de chirurgie*, 5 nov. 1913.

Delore et Leriche. — Sur la pathogénie et le traitement de l'invagination intestinale. *Rev. de chir.*, 10 juillet 1908.

Delore (X.). — Traitement des invaginations intestinales chroniques. *Revue de Pozzi*, 1905-9-641.

Derville Mabrolle. — Invaginations appendiculaires cœcales. Bordeaux, décembre 1908.

Eloy. — Progrès du traitement de l'invagination chirurgicale depuis 1895. Paris, 1900.

Etienne et Aimes. — Invagination intestinale aiguë colocolique chez une petite fille de 18 mois. *Montpellier Médical,* 9 février 1913.

Fenouillère. — Traitement de l'invagination aiguë chez l'enfant. *Thèse de Paris,* 1905.

Féraud. — De l'invagination intestinale par polypes. Bordeaux, 1910.

Forgue et Riche. — Le diverticule de Meckel.

Gailleton. — Du traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique. Lyon, 1906.

Gernez. — Traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique. Paris, 1907.

Gogibus. — Invagination du diverticule de Meckel et invagination intestinale. Lille, 1909.

Guillaume. — Invagination intestinale. *Société de chirurgie,* 22 mars 1911.

Hartmann. — Invagination chronique iléo-colique, résection, fermeture des deux bouts. Iléo-colostomie latérale. Guérison. *Soc. de chir. de Paris,* avril 1908.

Kirmisson. — *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie,* 16 oct. 1906.

— L'invagination intestinale chez l'enfant. *Bulletin médical,* 1er juillet 1911.

— et Moulonguet. — Invagination iléo-colique aiguë chez une fillette de 17 mois. *Presse médicale,* 20 août 1911.

LERICHE et CAVAILLON. — Des conditions anatomiques nécessaires à la production des invaginations iléo-cœcales. *Semaine médicale*, 20 févr. 1917.

LOUGARD. — Contribution au traitement opératoire de l'invagination du colon ascendant. *Tent. für chir.*, 23 mai 1908.

MAGNEUX. — De l'invagination intestinale par tumeur et en particulier par les myomes de l'intestin. Lyon, 1900.

VEAU. — Invagination intestinale chez l'enfant. *Soc. de chir.*, 3 janvier 1912.

VANON. — La valeur du melœna comme signe de l'invagination aiguë chez le nourrisson.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 4 juin 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 4 juin 1920.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
FORGUE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!